

Organización de Base Comunitaria (CBO)

****CONFIDENCIAL**** Consentimiento para la Ayuda Integral por COVID-19

Información de la Organización de Base Comunitaria (CBO)		
Nombre del CBO:	Nombre del personal del CBO:	
Información de la persona que solicita los servicios		
Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido):	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Dirección:	Fecha de solicitud de los servicios:	
Información sobre casos conocidos de COVID-19		
<i>Complete toda la información que conozca sobre su diagnóstico de COVID-19.</i>		
¿Recibió un resultado positivo en la prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Presenta actualmente síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Obtuvo un resultado positivo de una prueba de PCR (laboratorio)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha obtenido un resultado positivo de una prueba casera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fecha del resultado de la prueba positiva: _____		

PERSONA QUE SOLICITA LOS SERVICIOS: Autorizo a la Organización de Base Comunitaria (CBO) y el personal mencionado anteriormente vean y usen mi información personal para ayudarme a recibir apoyo integral a corto plazo durante mi período de aislamiento por COVID-19. Acepto que el CBO mencionado anteriormente comparta mi información con las Autoridades Locales de Salud Pública (LPHA) de este condado. El CBO y la LPHA están obligadas a proteger y mantener privada cualquier información firmada. Acepto que he experimentado una pérdida temporal de ingresos o de empleo debido a mi aislamiento por

Guarde la copia completada en sus archivos.

COVID-19. A mi leal saber y entender, no recibo ni he recibido alquiler/hipoteca, servicios públicos y/o ayuda para alimentos/asistencia de supermercado que era específico para mi período de aislamiento.

Firma del cliente o firma electrónica: _____

Fecha: _____

Cuando no sea posible obtener la firma del cliente, se puede confirmar verbalmente por:

Nombre del personal: _____ Firma del personal: _____

Nombre de la organización: _____

Fecha: _____

Para uso Administrativo del CBO:	
Aprobación del CBO:	Fecha:
Rechazo del CBO:	Fecha:

Accesibilidad a los documentos: Para las personas con discapacidades o las personas que hablan un idioma que no es inglés, Oregon Health Authority (OHA), puede proporcionar información en formatos alternativos, como traducciones, letra grande o braille. Comuníquese con Dolly England al 503-951-1760 o dolly.a.english@dhsaha.state.or.us.

Guarde la copia completada en sus archivos.